



NOMBRE COMERCIAL:

RAZÓN SOCIAL:

CIF/DNI:

DIRECCIÓN:

C.P:

LOCALIDAD:

PROVINCIA

TELÉFONO COMERCIAL:

PERSONA CONTACTO:

TELÉFONO :

Nº CUENTA:

CORREO ELECTRÓNICO:

WEB:

ID. EMPRESA:

PATROCINADOR:

PROGRAMA DE CASHBACK:

SECTOR:

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA LA EMPRESA:

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 y con la normativa española vigente, se le informa que los datos recogidos en el presente formulario son necesarios para gestionar su alta en AECANA y su negativa a proporcionarlos supondría la imposibilidad de prestar el mismo. Con su firma de aceptación consiente expresamente y autoriza como responsable del tratamiento a ASOCIACIÓN DE EMPRESAS, COMERCIOS Y AUTÓNOMOS DE NAVARRA (AECANA) con CIF G71-357461 y correo electrónico info@aecana.com, para el tratamiento de todos los datos personales facilitados por usted a fin de gestionar su alta en la Asociación y para facilitar las comunicaciones o intercambios de información, y realizar la facturación de la misma. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación de asociados y durante el tiempo necesario para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal.

Usted tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando considere que los datos ya no sean necesarios.

Con la presentación y firma de este formulario solicito ingresar como socio en la asociación AECANA, y asumo sus estatutos.

(*) Aceptación Obligatoria

SI, doy mi consentimiento.

NO, no doy mi consentimiento.

Autorizo a que mi teléfono sea empleado para incluirme en un grupo de Whatsapp para facilitar las comunicaciones y avisos de AECANA y de sus miembros.

SI, doy mi consentimiento.

NO, no doy mi consentimiento.

Autorizo el tratamiento de los datos proporcionados para el envío de la revista, o información sobre nuestros servicios.

SI, doy mi consentimiento.

NO, no doy mi consentimiento.

Autorizo a realizar grabaciones para su difusión en cualquier soporte técnico o tecnológico (prensa, TV, Internet, publicaciones, con fines informativos, referentes a las actividades de AECANA. La utilización de las imágenes obtenidas serán empleadas únicamente con fines divulgativos, respetándose en todo momento el derecho al honor, la intimidad personal y la propia imagen de los asistentes a los diferentes actos y eventos, conforme a lo establecido en la normativa vigente.

SI, doy mi consentimiento.

NO, no doy mi consentimiento.

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

A Cumplimentar por el Acreedor	CIF/NIF Acreedor @ _____ :
	Nombre: _____
	Dirección: _____
	Código Posta/Población/ Provincia: _____
	País: _____

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

A Cumplimentar por el Cliente	CIF/NIF Deudor: _____																						
	Razón Social: _____																						
	Administrador: _____																						
	Dirección: _____																						
	Código Postal - Población - Provincia: _____																						
	País: _____																						
	Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones):																						
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>																						
	Número de cuenta - IBAN: (en España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES)																						
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>																						
	Tipo de pago: <input type="checkbox"/> Pago Recurrente o <input type="checkbox"/> Pago único																						
	Fecha/Localidad: _____																						
	Firma del deudor: _____																						

Todos los campos han de ser cumplimentados obligatoriamente. Una vez firmada esta orden de domiciliación, debe ser enviada al acreedor para su custodia.